Lane Medical Library

Ueber

die Complicationen des acuten Gelenkrheumatismus.

INAUGURAL-DISSERTATION,

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

UND ÖFFENTLICH ZU VERTHEIDIGEN

am 10. Februar 1872

VON

August Mayer

aus Bobbin (Rügen).

OPPONENTEN:

C. Mücke, Dr. med.
P. Wald, Dr. med.
C. Wentzel, Dd. med.

BERLIN.

BUCHDRUCKEREI VON GUSTAV LANGE (OTTO LANGE).

Friedrichs-Strasse 103.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153524_0047

Seinem lieben Onkel,

dem

Apotheker E. Krüger

in dankbarer Verehrung gewidmet

vom

Verfasser.

Abgesehen von den Anschauungen der ältesten Aerzte, bei denen die Begriffe Rheumatismus und Catarrh als Synonyma gelten, und denen der folgenden Jahrhunderte, wo man Rheumatismus mit der Gicht vollkommen identificirte, hat es lange gedauert, bis man eine deutliche Vorstellung der rheumatischen Affectionen gewann. Zwar hat sich schon Sydenham in seinen Opera medica und van Swieten in seinen Commentaren über das Wesen des acuten Gelenkrheumatismus ausgelassen, indess finden wir die erste klassische Beschreibung desselben erst gegen Ende des vorigen Jahrhunderts von dem Engländer Cullen in seinen Elements de médecine pratique niedergelegt. Zwei andere englische Autoren John Fort Davis und C. Wells haben das Verdienst, ihre Aufmerksamkeit dem Umstande zugewandt zu haben, „dass Personen, welche dem Rheumatismus unterlegen sind, mehr als Andere von Symptomen einer organischen Herzkrankheit befallen werden;“ auch sind letzterem die Pneumonie, Peri- und Myocarditis als Complicationen nicht unbekannt. Chornel zu Anfang dieses Jahrhunderts verfiel wieder in den alten Irrthum der Identität von Rheumatismus und Gicht. Hatte man früher den Begriff Rheumatismus viel zu vage und allgemein aufgefasst, so stellten neuere, namentlich französische Aerzte, das Specifische desselben ganz in Abrede und erklärten ihn für einfache, sich von den übrigen durch Nichts unterscheidende Entzündung, jedenfalls ein Extrem, welches ebensowohl zu verwerfen ist, als der früher geübte Missbrauch, wo man sich begnügte, alles bis dahin Unerforschte und Unerklärte mit der Bezeichnung „rheumatisch“ abzufinden. Dem

heutigen Stande der Wissenschaft entspricht wohl am besten die von Vogel gegebene Definition, dass der Rheumatismus sich als eine durch Erkältung hervorgerufene Affection der Gelenkapparate, Muskeln, Nervenscheiden, des Perichondriums, des Periost, der Knochen und mancher serösen Häute darstelle, und der uns speciell interessirende acute Gelenkrheumatismus als eine allgemeine, fieberhafte, mit Schmerzhaftigkeit und Anschwellung der verschiedensten Gelenke verbundene und zu Complicationen mit Entzündungen innerer Organe geneigte Krankheit aufzufassen sei. Ohne auf den Verlauf und die Symptome des Rheumatismus articulorum acutus einzugehen, mag es mir gestattet sein, die so wichtigen Complicationen zusammen zu stellen und an der Hand einer Anzahl mir durch die Güte des Herrn Geheimraths Prof. Frerichs zur Verfügung gestellter Fälle zu betrachten.

Die häufigsten und bekanntesten Complicationen des acuten multiplen Gelenkrheuma sind ohne Zweifel die Herzaffectionen, deren Coincidenz mit demselben ausser den oben erwähnten Andeutungen von Wells namentlich Bouillaud (Nouvelles recherches sur le rheumatisme articulaire aigu. 1836) betonte. Um mit der Pericarditis zu beginnen, so lehrt die tägliche Erfahrung in unwiderleglicher Weise, dass sie sich ausserordentlich häufig zu der Rheumarthritis hinzugesellt. Wenn allerdings Bouillaud behauptet, die Herzbeutelentzündung sei in der Hälfte sämmtlicher Fälle zu finden, und Williams denselben noch überbietet, indem er dieselbe für 75% vindicirt, so muss man dies wohl als erhebliche Uebertreibung ansehen. Wenigstens stehen jenen Statistikern andere gegenüber, bei denen der Procentsatz erheblich geringer ausfällt, z. B. Ormerod (Medical Tunis and Gazette 1852 p. 523), der unter 161 genau von ihm beobachteten Fällen 61 Mal Pericarditis, also 38%, fand; Leudet führt von 86 Fällen 21 Mal Pericarditis, also 25%, auf; Lebert behauptet (Klin. d. acut. Gelenkrheumat. p. 36),

unter den 140 sorgfältigst von ihm analysirten Fällen Pericarditis in 20% angetroffen zu haben; Duchek konnte nur 16% constatiren, und endlich Budd steigt sogar bis auf 12% herab. Diese ungeheueren Differenzen in den Angaben, Schwankungen von 75—12%, lassen die Frage wohl als durchaus offen erscheinen, und muss die Lösung derselben einer zukünftigen genauen und umfangreichen Statistik überlassen bleiben. Unter den 35 mir zu Gebote stehenden Fällen finde ich 7 Mal Pericarditis, woraus sich demgemäss, wenn es überhaupt zulässig ist, aus einer so geringen Zahl einen Procentsatz aufzustellen, derselbe 20% ergeben würde. Was den Zeitpunkt anlangt, in welchem sich die Herzbeutelentzündung bemerklich zu machen pflegt, so giebt Ormerod als Durchschnittszahl aus seinen 61 Beobachtungen den 10. Tag an, womit Lebert im Ganzen übereinstimmt, indem nach ihm ebenfalls das Maximum der Erkrankungen in die zweite Woche fällt, dann käme die erste, hierauf die dritte, und nach dem 21. Tage gehöre das Auftreten derselben zu den allergrössten Seltenheiten. Manche Autoren (Stockes, Graves) führen vereinzelte Fälle an, in denen die pericarditischen Erscheinungen der Gelenkaffectionen um einige Tage vorangegangen sein sollen. Von meinen 7 Fällen trifft die Entwickelungszeit 5 Mal auf den 9.—12. Tag, 1 Mal auf den 15. und 1 Mal auf den 18. Tag.

2. Wenden wir uns zur Endocarditis als Begleiterin des Rheumatismus acutus, so finden wir in Betreff der Häufigkeit ihres Vorkommens mindestens ebenso grosse Differenzen bei den verschiedenen Autoren, als bei Pericarditis, ein Umstand, der sehr erklärlich ist, da fast in allen Fällen von Gelenkrheuma die Herzaction bald vorübergehend, bald auf längere Zeit stürmisch aufgeregt ist, Herzklopfen zu den gewöhnlichsten Klagen solcher Patienten gehört und die Herztöne laut klingend und von leichten Blasebalggeräuschen begleitet nicht selten gefunden werden. Dadurch ist ein Arzt, dem die fernere Diagnostik der Herzkrankheiten nicht

so ganz bekannt ist, oder der es an der nöthigen Sorgfalt bei der Untersuchung fehlen lässt, leicht geneigt, alle subjectiven Klagen des Patienten und jeden objectiven Befund an einem oder dem andern Herzostium mit einer pathologischen Veränderung des Endocardiums in Zusammenhang zu bringen. Die Angabe Bouillaud's, der unter 114 von ihm gesammelten Fällen 64 Mal Endocarditis beobachtet haben will, und die ähnlichen Resultate Latham's sind wohl jener mangelhaften Untersuchungsmethode zuzuschreiben. Genauere Beobachtungen Lebert's (Klin. des acut. Gelenkrheum. p. 35) haben gelehrt, dass es eine bedeutende Anzahl von Fällen giebt, in denen längere oder kürzere Zeit anhaltendes systolisches Hauchen oder selbst exquisites Blasebalggeräusch an der Spitze bestanden hatte, ohne dass auch nur die geringste anatomische Veränderung an den Klappen zu finden war, wie er dieses bei Obductionen mancher an anderen schweren intercurrenten Krankheiten verstorbener Individuen bestimmt zu beobachten Gelegenheit hatte. Man muss demnach annehmen, dass anderweitige Störungen der Elasticität und Contractilität die Ursache sind, während keine Texturveränderung der Klappen nachweislich ist, und es drängt sich die Vermuthung auf, dass Bouillaud und Latham bei Aufstellung ihrer Statistik eine bedeutende Anzahl von Fällen als Endocarditis verzeichnet haben, wo die Abnormitäten der Herztöne nicht auf organische Veränderungen des Endocardiums zurückzuführen, sondern durch jene krankhafte Spannung der Klappen bedingt waren, wie man sie bei Anämischen so häufig beobachtet. Diese Vermuthung gewinnt an Wahrscheinlichkeit durch die anerkannte Thatsache, dass Bouillaud seine Patienten consequent mit ungeheueren, wiederholten Blutentziehungen behandelte und somit nothwendiger Weise Anämie und damit verbundene Anomalien der Herztöne veranlassen musste. Zieht man nun noch in Erwägung, dass diese auf veränderter Blutmischung beruhende sog. Blut- oder accidentellen Ge-

räusche vorzugsweise zu Ende der ersten und Anfang der zweiten Woche, also in einer Zeit, in der gleichfalls die Endocarditis sich zu entwickeln pflegt, auftreten, seltener früher, dass sie ferner nicht vorübergehender Natur zu sein brauchen, sondern Wochen lang anhalten können und oft erst mit den übrigen Krankheitssymptomen des Rheumatismus verschwinden, so wird man jene Irrthümer begreiflich finden und sich bei Beurtheilung eines jeden blasenden Herzgeräusches die scrupulöseste Vorsicht auferlegen und erst nach anderen gleichbedeutenden Zeichen suchen, bevor man eine Endocarditis constatirt. Dass ein diastolisches Geräusch von der Basis nach dem Verlaufe der Aorta für eine entzündliche Veränderung der Aortenklappen, dass Verbreiterung der Herzdämpfung in Folge secundärer dilatatorischer Hypertrophie des rechten Ventrikels, verstärkter 2. Pulmonalton, Wachsen des systolischen Geräusches von der Basis nach der Spitze zu etc. für Endocarditis der Mitralklappe spricht, ist bekannt, und kann es nicht im Bereiche dieser Arbeit liegen, auf die Symptome der Herzaffection speciell einzugehen. Aber im Gegensatze zu der oben mitgetheilten Statistik Bouillaud's möchte ich kurz die von Lebert gewonnenen Resultate mittheilen. Derselbe findet unter seinen 140 Fällen 24 Mal unzweideutige Zeichen einer Endocarditis, so zwar, dass von denselben nur 4 als reine, uncomplicirte Endocarditis, die übrigen 20 mit Pericarditis gepaart auftreten, welche letzteren in der oben angegebenen Lebert'schen Statistik für Pericarditis mitgerechnet sind, so dass nach ihm für die uncomplicirte Herzbeutelentzündung nur 9 Fälle, also 6,4%, übrig bleiben. Im Ganzen erwähnt Lebert 33 Fälle, also etwa 25%, von acuten Herzcomplicationen und stellt zum Schluss als Resultat seiner Untersuchungen folgenden Satz (Klin. d. acut. Gelenkrheum. p. 36) auf: „dass beim acuten Gelenkrheumatismus in $^1/_4$ der Fälle systolisches Blasen ohne bestimmte entzündliche Herzerkrankung — also mehr functionelle Störungen — und in einem anderen

Viertel wirklich eine entzündliche Herzcomplication auftritt“ — anatomisch characterisirte Störungen am Herzen. Unter meinen 35 Fällen finde ich nur 1 reine Endocarditis der Mitralklappe, die gleich mit Beginn des acuten Gelenkrheuma's anfing und auch noch bei der Entlassung des Patienten als Insufficientia valv. mitralis nachzuweisen war, in 4 anderen Fällen zeigt sich Endo- in Verbindung mit Pericarditis, deren Entwickelungzeit auch zusammenzufallen scheint. Ueberhaupt gilt das oben für die Pericarditis Angeführte auch für die Endocarditis, so dass die meisten Erkrankungen in die 2te, weniger in die 1te und 3te Woche, ausnahmsweise nach dem 21sten Tage fallen. — In Betreff der Diagnose der Herzaffectionen im Allgemeinen möchte ich noch hinzufügen, dass der Arzt in manchen Fällen durch Erhöhung des Fibers und der Pulsfrequenz darauf hingeführt werden kann; wenn auch Fälle genug existiren mögen, in denen diese Temperatursteigerung nicht zur Beobachtung gelangt, so halte ich es doch für die Pflicht des Arztes, sobald die Temperatur sich über das bei der Rheumarthritis gewöhnlich vorkommende Mass, etwa 39°, erhebt, den Circulationsapparat der genausten physikalischen Untersuchung zu unterwerfen, um keine Zeit für das therapeutische Eingreifen zu verlieren. Wenn ferner Friedreich (Herzkrankh. § 96) angiebt, dass die Neigung der acuten Herzaffectionen, den Rheumatismus zu compliciren, im Verhältniss zur Heftigkeit zur rheumatischen Affection stehe, und nach Bamberger's Beobachtungen die Neigung zu complicirenden Entzündungen des Herzens und Herzbeutels um so grösser sein soll, je grösser die Zahl der befallenen Gelenke — eine Ansicht, der übrigens auch Bouillaud huldigt, indem er seine 114 Fälle in 74 schwere und 40 leichte theilt und berichtet, dass von jenen sich 64 mit Endo- und Pericarditis complicirten, von diesen nur ein einziger — so stehen denselben Beobachtungen von Ormerod und Fuller gegenüber, nach denen speciell die Pericarditis nicht immer im Gefolge der heftigsten Attaquen von Rheumarthritis auftritt, sondern

vielmehr häufig bei Rheumatismen von geringer Intensität vorkommen soll. Ohne diese Frage entscheiden zu können, möchte ich demnach nachdrücklich betonen, gerade in den leichten Fällen sich nicht einer Sorglosigkeit, die dem Pat. eventuell schädlich werden könnte, zu überlassen, sondern täglich eine physikalische Untersuchung vorzunehmen, und zwar eine genaue, da die auftretenden Pericarditiden mässigen Grades zu sein pflegen, daher sich der Beobachtung leicht entziehen könnten, während die typischen Fälle hochgradiger Pericarditis (Cf. Lebert, Klin. d. acut. Gelenkrh. p. 38) zu den Seltenheiten zu rechnen sind. — Andere Autoren halten die plötzliche Abnahme der Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Gelenke für characteristisch und wollen diese Erscheinung für die Diagnose benutzt wissen, indess, mag dies auch in einzelnen Fällen zutreffen, wird man doch in den meisten vergeblich nach dem Symptome suchen. An meinen 7 Fällen habe ich nur bei einem einzigen, dem unten citirten, einen plötzlichen Rückgang der Gelenkerscheinungen mit Eintritt der Herzaffection wahrnehmen können. — Auf einen anderen Punkt möchte ich noch aufmerksam machen, den ich in der Frerichs'schen Klinik beobachten konnte, nämlich dass zu manchen Zeiten z. B. im verflossenen Herbste fast alle aufgenommenen Rheumatismen sich mit Herzkrankheiten complicirten, während dies im vorigen Sommer zur Seltenheit geworden war. Dem Vortrage des Herrn Geheimraths Prof. Frerichs entnehme ich, dass ihm an der hiesigen Charité wiederholt dieselbe Erscheinung aufgestossen war, so dass ein gewisser Genius epidemicus zu existiren scheint, und es vielleicht nicht ungerechtfertigt ist, das Verhältniss zwischen Rheumatismus acutus und Herzaffectionen dem Verhältniss zwischen Scarlatina und dabei öfter in derselben Häufigkeit auftretenden Nierenerkrankungen an die Seite zu stellen. — In Bezug auf die Prognose der beiden bisher behandelten Herzaffectionen ist anzuführen, dass die der Pericarditis sich auffallend günstig gestaltet; nur in seltenen Fällen, wie in dem

unten angeführten, kommt eine Verwachsung der beiden Pericardialblätter zu Stande. Nicht so günstig ist die Prognose der Endocarditis zu stellen, obgleich wohl vollständige Heilungen nicht geläugnet werden können. An den Klappen haftende Fibringerinsel können allerlei Embolien veranlassen und dadurch die mannigfachsten Störungen hervorrufen, deren Verfolgung nicht hierhergehört. Nur einen Fall möchte ich zum Belage anführen, den ich in der Deut'schen Klinik (Jahrg. 1868 p. 472) finde, wo der Pat. an einer durch Endocarditis entstandenen Embolie und secundärer Hämorrhagie im Gehirn zu Grunde ging. Die Endocarditis kann chronisch werden; ferner verursacht sie so häufig bleibende Klappenfehler, dass Lebert $^1/_3$ aller Erkrankungen der Mitralis sowohl wie der Aortenklappen auf Gelenkrheumatismus zurückführt.

Zur Erläuterung dieser wichtigsten Complicationen sei es mir gestattet, die Krankengeschichte eines Falles anzuführen, den ich in diesem Semester auf der Frerichs'schen Klinik beobachten konnte.

F. K., ein 26jähriger Maler, als Kind rhachitisch und im 16ten Jahre von Masern, später öfter von Bleikolik befallen, litt im vorigen Jahre 1870 8 Wochen lang an Rheum. artic. acut., ohne jedoch dabei von Herzklopfen und Husten befallen zu werden. Darauf erfreute er sich einer leidlichen Gesundheit, bis er am 6. Nov. 1871 ohne ihm bekannte Ursache mit plötzlichem 2stündigem Frost, darauf folgender Hitze, Erbrechen, Appetitmangel und Obstipation erkrankte. Gleichzeitig treten Schmerzen und Anschwellung der verschiedensten Gelenke auf, ebenso dumpfer Schmerz in der Regio cordis und stetes Herzklopfen, woran Pat. früher nie gelitten haben will, so dass er sich genöthigt sah, am 11. Nov. Hülfe in der Charité zu suchen. — Der Stat. praes. ergiebt einen blassen, schmächtigen Mann mit schlecht entwickelter Musculatur und schlaffen Hautdecken, blassen Schleimhäuten; am Zahnfleisch ein schwarzblauer Saum. Thorax schmal, Athmungsgeräusche überall schwach vesiculär, und in der

rechten Axillargegend leichte Dämpfung mit unbestimmtem Athmen. Die Herzdämpfung beginnt mit der 3ten Rippe, überschreitet die Mammillarlinie nicht; an der Spitze systolischer Ton und diastolisches Geräusch, zeitweise ein diastolischer Doppelton, weiter nach oben zwei deutliche Töne, ebenso über Pulmonalis und Aorta. Fuss-, Hand-, Ellenbogengelenke und linkes Schultergelenk leicht geröthet, geschwollen und schmerzhaft. Urin trübe mit leichtem Sediment harns. Salze, ohne Albumen. Stuhl seit 2 Tagen angehalten. 13. diastolischer Doppelton an der Herzspitze höher als neulich hörbar. Am 14. Morgentemp. 39,3, Abendt. 40,0. — 15. reicht die Herzdämpfung nach oben etwas weiter, Spitzenstoss schwach fühlbar; links neben dem Sternum ist ein deutliches Reiben fühlbar, sowie über die ganze Herzdämpfung hörbar. Gleichzeitig haben die Schmerzen der Gelenke erheblich nachgelassen, die Lungen zeigen leichten Catarrh, sonst nichts Abnormes. Abends ist das Reibegeräusch noch deutlicher, Pat. klagt über Beklemmung und verräth Bangigkeit in seinen Gesichtszügen. Temp. 40,4. Am 17. findet sich die Herzdämpfung noch vergrössert. Hinten links, dicht unterhalb der Scapula Dämpfung mit lautem Bronchialathmen und Knisterrasseln, mässigem Husten mit sparsamem, zähem Auswurf. An der Spitze systolisches und diastolisches Blasen, über den Sternum in der Höhe der 4. Rippe deutlicher Ton, über der Pulmonalis ein systolisches Hauchen. Temperatur niedriger als gestern. 18. hinten links Bronchialathmen und klingende Rasselgeräusche mit mässigem eitrigem Auswurf. 19. Stat. idem an Lungen und Herz. 20. Auch hinten rechts Dämpfung mit Bronchialathmen und Knisterrasseln. Schmerzen in den Gelenken bestehen mässig fort. Am 21. Stat. idem am Cor; in der linken Seite deutliches pleuritisches Reibegeräusch, die Pectoralfremitus an der Stelle aufgehoben. Rasselgeräusche links wie rechts. In den nächsten Tagen bleiben die Erscheinungen ungefähr dieselben, nur gesellt sich noch geringes Oedem

beider Beine hinzu. Dann werden die Reibegeräusche am Herzen leiser, während an den Lungen erst allmälig hinten rechts die Dämpfung schwindet, dagegen links bis zur Höhe der Scapula fortbesteht mit deutlichem Reiben. Am 30. die Herzdämpfung bedeutend kleiner geworden. Am 4. keine Reibegeräusche mehr nachzuweisen; Schmerzen der Gelenke haben auch nachgelassen. Am 6. ist Druck auf die Lebergegend sehr schmerzhaft. Pat. klagt über Stiche in der rechten Seite und in der Gegend des Spitzenstosses. Am 7. treten Klagen über Diarrhoe hinzu. Pulsfrequenz von 120. Bei rechter Seitenlage bemerkt man an Stelle des Spitzenstosses ein 1—2 Ctm. breites systolisches Einsenken, gleichzeitig fühlt man in der Regio cordis eine Erschütterung ohne wahrnehmbare Erhebung. Am 8. vermehrte Klagen über Stiche vorne rechts, Lebergegend exquisit schmerzhaft. An der Grenze der Herzdämpfung synchron mit den Herzbewegungen Reibegeräusche zu hören. Puls sehr klein und frequent 120. 9. Rechts von der 4. Rippe abwärts Dämpfung, daselbst schwache Athmungsgeräusche. Ziemlich bedeutende Dyspnoe. Puls Morgens 120, Ab. 128. 10. Dämpfung auf der ganzen linken Thoraxhälfte unter Aufhebung der Athmungsgeräusche und des Pectoralfremitus. Herztöne wie früher. Abends Puls 154. 11. Pat. hat in der Nacht erbrochen, leichtes Nasenbluten gehabt, klagt wieder über Schmerzen im rechten Knie. Puls sehr klein und frequent 140. Starke Dyspnoe. 12. früh. Enorme Dyspnoe, kleiner, fadenförmiger Puls. Unter diesen Erscheinungen tritt lethaler Ausgang ein. — Die am folgenden Tage angestellte Autopsie ergab: Endocard. valv. mitralis ulcerosa recens.; endocardit. valv. aortis; insufficientia et stenosis valvul. mitralis; dilatatio ventriculi utriusque; pericarditis fibrinosa, partim adhaesiva; hydrothorax duplex; hyperplasia hepatis.

3. Wir haben bis jetzt nur von den Entzündungen des Peri- und Endocardium's gesprochen, müssen jedoch auch

der Myocarditis Erwähnung thun, die allerdings sehr selten beobachtet wird, so dass sie Autoren, wie Vogel und Lebert, garnicht anführen. Historisch kann ich bemerken, dass diese Complication schon die Aufmerksamkeit des englischen Arztes C. Wells auf sich zog. Sie gesellt sich wohl nur zu den ganz schweren acuten Gelenkrheumatismen und kann dann entweder primär oder secundär durch Uebergreifen die Entzündung vom Peri- oder Endocardium auf die Herzmusculatur entstehen. Die Prognose ist natürlich eine absolut ungünstige, indem der Tod bald durch Herzlähmung, bald durch Aneurysmenbildung und folgenden Herzruptus eintritt.

Wenn auch die Complicationen von Seiten des Herzens beim Gelenkrheuma bei weitem die häufigsten sind, so sind sie doch keineswegs die einzigen, sondern es kommen noch eine ziemliche Reihe von Affectionen sowohl anderer seröser Häute als auch anderer Organe vor, die wir nach einander betrachten wollen. Nach dem Grade der Häufigkeit stehen zunächst die Affectionen der Pleuren und der Respirationsorgane oben an.

4. Die Pleuritis kommt nach Lebert (Handb. d. pract. Med., p. 852) in 8% zur Beobachtung, und zwar sind bei weitem die Entzündungen des linken Pleurasackes die häufigsten, ein Umstand, der sich wohl am einfachsten daraus erklärt, dass, wie es in der That häufig gefunden wird und auch aus der obigen Krankengeschichte zu ersehsn ist, gleichzeitig Pericarditis vorhanden war, und der Process sich vom Pericardium auf den angrenzenden Pleurasack fortpflanzte; jedenfalls findet sich die rechtseitige Pleuritis erheblich seltener. Ausserdem zeigt diese Affection häufig die Tendenz, nach Ablauf des Processes auf der einen Seite sich auf der anderen zu localisiren; doppelseitige Pleuritis wird seltener wahrgenommen. Das Exsudat ist, wie bei der Pericarditis, in der Regel nicht sehr massenhaft und verursacht dem Patienten öfter wenig Beschwerden, so dass eine solche

sich schleichend entwickelnde Erkrankung leicht übersehen werden kann, zumal da man den Kranken, dem das Aufrichten im Bett erhebliche Schmerzen verursacht, nicht unnöthig mit einer genauen Untersuchung quälen möchte; es ist desshalb wohl möglich, dass der obige Procentsatz etwas zu niedrig gegriffen ist. Was die Beschaffenheit des Exsudats betrifft, so ist meines Wissens kein Fall bekannt, in dem es eitrig gewesen wäre, sondern es ist stets serös-fibrinöser Natur. Die pleuritischen Erscheinungen verschwinden meist mit der Gelenkaffection, das chronische Stadium kommt selten zur Ausbildung, wesshalb die Prognose durchaus günstig zu stellen ist. Es bilden sich, wie bei jeder anderen Pleuritis, Verwachsungen der beiden Pleurablätter unter einander, die bei ihrer meist geringen Ausdehnung keinerlei Gefahr für den Patienten in sich schliessen; in anderen Fällen verwächst die Pleura mit dem parietalen Blatte des Pericardium's, welches seinerseits wieder durch entzündliche Vorgänge mit dem visceralen Blatte desselben verklebt sein kann; dann ist, wie im oben mitgetheilten Falle, sehr schön das charakteristische Einsinken der Intercostalräume in der Gegend des Spitzenstosses bei jeder Herzaction zu sehen. Die Zeit, in welcher sich die Pleuritis zu entwickeln pflegt, entspricht genau dem oben für das Auftreten der acuten Herzcomplicationen gemachten Angaben.

5. Die Bronchitis ist mir unter meinen 35 Fällen 5 mal aufgestossen. Zugegeben auch, dass 2 davon chronischer Natur und mehr als zufällige Begleiter der Rheumarthritis anzusehen waren, so trat doch in 3 Fällen die Affection so acut auf, dass man einen inneren Zusammenhang anzunehmen gezwungen ist. Lebert beobachtete unter 140 Fällen 13 Erkrankungen, nahezu 10 %, und betont ausdrücklich das häufige Vorkommen derselben, während andere Autoren sie mit Stillschweigen übergehen. Vorwiegend sind die grösseren Bronchen betheiligt, seltener die kleineren; im ersteren Falle findet man grossblasige Rasselgeräusche, im letzteren fein-

blasiges Knisterrasseln, wie es im obigen Krankenjournal verzeichnet ist, verbunden mit quälendem Husten und geringem Auswurf. Mit dem Erlöschen der Gelenkaffectionen war stets die Bronchitis geschwunden.

6. Die Complication mit Broncho- und Pleuropneumonie erwähnt schon Wells in seinen Arbeiten 4 Mal gesehen zu haben, Bouillaud beobachtete unter 64 schweren Fällen 5 Mal das Vorkommen derselben, woraus jedenfalls, wenn man zu den 64 schweren die leichten Fälle addiren würde, ein geringer Procentsatz resultiren müsste. Lebert fand bei seinen zahlreichen Beobachtungen nur 2 Mal Pleuropneumonie, und nach einem Münchener Jahresbericht (Deutsche Klinik 1868 p. 472) bestanden von 53 Erkrankten 2 eine Bronchopneumonie. Auf der Frerichs'schen Klinik habe ich im letzten Semester 2 Bronchopneumonien zu sehen Gelegenheit gehabt. Obgleich Vogel (Virchow spec. Path. und Ther. p. 479) von Preumonien spricht, die im Verlaufe einer Rheumarthritis in örtliche Verjauchung übergegangen sein sollen, so ist im Allgemeinen die Prognose ebenso günstig, wie bei Pleuritis; wenigstens erinnert sich Lebert nur einen Fall in Paris gesehen zu haben, wo in Folge von doppelter Pneumonie und ausgedehntem Decubitus lethaler Ausgang eintrat.

7. Das Auftreten von Nierenaffectionen im Gefolge des Gelenkrheuma gehört mehr zu den seltenen Erscheinungen; indess abgesehen von der bei allen schweren Fällen sehr bedeutenden Herabsetzung der Urinabsonderung, welche Vogel nicht allein als Consequenz der profusen Schweissabsonderung auffasst, sondern einer Functionsstörung der Nieren, einer Verminderung ihrer Energie, dem Blute Wasser zu entziehen, zuschreibt, abgesehen von dem vorübergehenden Vorkommen von Albumen im Harn von Rheumatikern — ich finde unter 35 Fällen 3 Mal geringe Eiweissmengen im Harn, die jedoch nach etwa drei Tagen verschwanden — stösst man

hin und wieder in der Litteratur doch auf Fälle, in denen eine richtige Nephritis zur Ausbildung kam. Auch Symptome von Perinephritis sind vereinzelt beobachtet worden. Ganz passend lässt sich hier die Betheiligung der Blase anfügen, worauf neuerdings Lebert hingewiesen hat; er fand nämlich 4 Mal Harnretention, wovon 2 Fälle mit Schmerzen in der Blase und leicht eitrig getrübten Urin verbunden waren. Aehnliche Beobachtungen liegen in einer Pariser Thèse von Faton mitgetheilt vor.

8. Angina tonsillaris ist mir 2 Mal begegnet unter den bekannten Symptomen: Schlingbeschwerden, Röthung, Schwellung der Mandeln und Gaumenbogen und Pharynxcatarrh. Lebert giebt 7 Fälle an und warnt zugleich, nicht alle Schlingbeschwerden dieser Affection zuzuschreiben, da ihm mehrfach Fälle vorkamen, bei denen er die übrigen Erscheinungen nicht wahrnehmen konnte und deshalb genöthigt war, die Erklärung in einer rheumatischen Affection der beim Schlingact functionirenden Muskeln zu suchen.

9. Einer verhältnissmässig seltenen, bei andern Autoren nicht verzeichneten Complication thut Lebert Erwähnung, nämlich der Abscessbildung. Er beobachtete gegen Ende der Krankheit 3 Mal Abscesse, und zwar einen in der Leistengegend, einen am Perinäum; als drittes Beispiel führt er einen Fall an, in dem heftige Periostitis beider Schenkel die Veranlassung war zu tiefen Abscessen, die nach spontaner Eröffnung lange copiöse Eitermengen absonderten; schliesslich kam dann noch, obgleich Pat. das Bett nicht verlassen hatte, durch eine unvorsichtige Bewegung an der entzündeten Stelle eine spontane Fraktur zu Stande. Ich habe zwei ähnliche Fälle gefunden. In dem einen war es eine 23jährige, von einem mässig intensiven Gelenkrheuma befallene Frau, bei welcher sich mit den übrigen Krankheitssyptomen um den 35. Tag herum ein Abcsess von mässiger Grösse am rechten Oberarm entwickelte und am 40. Tage incidirt wurde.

Der andere Fall betrifft einen 39jährigen Bahnwärter, der gleich bei seiner Aufnahme, am 6. Krankheitstage, an beiden Ellenbogen eine hochgeröthete, pralle, mässiges Fluctuationsgefühl darbietende, auf Druck äusserst empfindliche Anschwellung von etwa Kinderhandgrösse, eine ebensolche über dem linken Knie und eine die erste Phalanx des linken Daumenrückens einnehmende Geschwulst mitbrachte. Ausser diesser multiplen Abcsessbildung zeigte der ganze linke Unterschenkel des Pat. schon am 7. Tage eine gleichmässige Anschwellung, Röthung und grosse Schmerzhaftigkeit, und da diese Erscheinungen trotz aller Therapie in den nächsten Tagen nicht ab-, sondern vielmehr zunahmen, wurde Pat. mit der Diagnose einer Periostitis der chirurgischen Station überwiesen.

10. Von Affectionen der Haut sind mir 3 bekannt, nämlich Miliaria rubra, purpura und urticaria. Die erstere wurde von Lebert in 9% gesehen, so zwar, dass bei weitem die meisten Erkrankungen in die zweite Woche, weniger in die erste und dritte fielen. Zugleich beobachtete er das Auftreten derselben fast ausschliesslich bei sehr schweren Fällen von Rheumarthritis und glaubt diese Eruption nicht allein auf die bei Rheumatismus eintretende profuse Schweissabsonderung zurückführen zu können, da dann die relative Seltenheit der Miliaria rubra bei dem fast constanten Schwitzen unerklärlich bleibe. Auch unterscheiden sich die Bläschen von der durch übermässiges Schwitzen bedingten Miliaria alba durch ihren Inhalt, der alkalisch reagirt und wohl als Product einer oberflächlichen Dermatitis aufzufassen ist, während bei Miliaria alba der Bläscheninhalt Schweiss ist und saure Reaction zeigt.

Die Purpura s. Peliosis rheumatica erwähnt Lebert 1 Mal, ich finde sie unter meinen Fällen 3 Mal vertreten. In dem ersten Falle ist es ein 19jähriger Schlächter, der am 3ten Tage nach Auftreten der Schmerzen in beiden Fussgelenken

in der Umgebung derselben rothe Flecke bemerkte; bei der Aufnahme war Schmerz und Steifigkeit beider Fussgelenke vorhanden, die Haut in der Umgebung derselben, namentlich am Malleolus externus, sowie am Fussrücken und etwa 2′ am Unterschenkel hinauf geschwollen, geröthet und auf Druck schmerzhaft; ebendaselbst finden sich zahlreiche stecknadelkopf- bis erbsengrosse blaurothe Flecke, untermischt mit anderen mehr rosenrothen; letztere erblassen auf Druck, erstere wenig oder garnicht; am zahlreichsten stehen die Flecke in der unmittelbaren Umgebung der Fussgelenke. Schon am 5ten Tage sind die Schmerzen in den Gelenken, sowie Schwellung und Röthung der Haut geringer geworden, die Flecken haben an Zahl nicht zugenommen, sind abgeblasst und zum Theil schmutzig verfärbt. Bis zum 8ten Tage erblassen die Flecke vollkommen unter gleichzeitigem Verschwinden der Gelenkschmerzen, so dass Pat. als geheilt entlassen wurde. — Ein 27jähriger Arbeiter litt seit 4 Wochen an Schmerzen in beiden Fussgelenken, durch Bepinselung mit Tinct. Jodi und Anwendung von Vesicantien waren die Erscheinungen jedoch soweit zurückgegangen, dass bei seiner Aufnahme keine ins Auge fallende Schwellung mehr vorhanden war und nur auf sehr kräftigen Druck noch Schmerzempfindungen eintraten. Hingegen zeigten sich zahlreiche punktförmige, häufig congregirt stehende, braunrothe Hauthaemorrhagien, die am linken Malleolus externus zu der Grösse eines Guldens confluirten. Nach allmäliger Verfärbung und Verbesserung der Flecke, die etwa 14 Tage in Anspruch nahm, wurde Pat. ohne alle Beschwerden in den Gelenken entlassen. — F. K., ein 19jähriger Kaufmann, bemerkte seit 3 Wochen eine mässige Schmerzhaftigkeit und Anschwellung beider Fussgelenke und gleichzeitig zahlreiche, in unmittelbarer Nähe der Gelenke am dichtesten stehende, punktförmige Flecke, die bis zur Aufnahme schon etwas verblasst sein sollten. Nach 10tägiger Behandlung, also etwa am 30ten Tage der Krank-

heit, waren die Flecke vollkommen verschwunden, ebenso die Gelenkaffection. Pat. deshalb entlassen. Gleich nachher schwollen in Eolge erneuter Anstrengung beide Fussgelenke wieder an, und Pat. wurde 2 Tage nach seiner Entlassung mit denselben rothen, auf Druck nicht verschwindenden Flecken wieder aufgenommen, die nach abermaliger 10tägiger Behandlung wichen. — In zweien der citirten Fälle traten also das Gelenkleiden und die Purpura vereint auf, und in einem erst ganz spät nach 4 Wochen, wo schon die Gelenkschmerzen beinahe erloschen waren. Allen Fällen war der Umstand gemeinsam, dass die nächste Umgebung der betroffenen Gelenke der Hauptsitz der Flecken war, während in weiterer Entfernung nur vereinzelte standen; ferner, dass die afficirten Gelenke übereinstimmend die Fussgelenke waren. Der innere Zusammenhang zwischen Gelenkleiden und Purpura geht namentlich aus dem letzten Falle hervor, wo sich zugleich mit dem Recidiv des ersteren auch die letztere wieder einstellt. Alle 3 Mal verschwanden die beiden Affectionen gleichzeitig.

Urticaria fand Lebert 2 Mal unter seinen Fällen; ich bin in der Lage, ebenfalls einen solchen mittheilen zu können. Ein 34jähriges Dienstmädchen, das schon früher an Rheumatismus acutus gelitten haben will, erkrankte am 9. 11. 71 mit Frost, Kopf- und Kreuzschmerzen und allgemeiner Abgeschlagenheit. Am 15ten gesellten sich Anschwellung des linken Hand- und Ellenbogengelenks hinzu mit Auftreten circumscripter, rother, leicht brennender Flecke. Bei der Aufnahme am 20ten zeigte sich ausser der Schwellung der genannten Gelenke an dem linken Fussgelenk, vorzugsweise in der Gegend der beiden Malleoli leichte Schwellung, verbunden mit intensiver Röthung. An dem linken Unterschenkel finden sich rechts und links, dem Verlaufe der scharfen Kante der Tibia folgend, groschen- bis thalergrosse, im Centrum nicht prominirende, intensiv rothe und auf Druck erblassende

Flecke, die bei Druck sehr empfindlich sind und zum Theil eine tiefer in die Haut eingehende, circumscripte Härte erkennen lassen. Dieselben Flecke am rechten Unterschenkel, vereinzelte am linken Ober- und rechten Unterarm. Am 22ten erscheint die Schwellung, Röthung und Schmerzhaftigkeit der afficirten Hautstellen bedeutend vermindert, während sich über dem linken Malleolus extern. eine neue knotige, mässig prominirende, auf Druck erblassende Röthung gebildet hat, ebenso neben dem linken Knie. Am 25ten bemerkte man am rechten Unterarm die Eruption mehrerer groschen- bis thalergrossen, den früheren ähnliche Knoten. Am linken Unterschenkel keine wesentliche Veränderung. Am 30ten finden sich die Knoten fast ganz abgeblasst und bedeutend verkleinert, hingegen haben sich dieselben am r. Unterarm vermehrt und auch über den rechten Handrücken haben sich ähnliche, jedoch kleinere Knötchen gebildet. Die Gelenke haben sich wenig gebessert. Am 2ten ist schon wesentliche Besserung am Unterschenkel und Vorderarm bemerkbar, die bis 13ten zugleich mit dem Rückgang der Gelenkschmerzen soweit vorgeschritten war, dass Pat. entlassen wurde. — Diese Quaddelbildung, die man wegen der eigenthümlichen Anordnung am Unterschenkel auch Erythema nodosum (cf. Kleinhaus Hautkrankh. p. 43) nennen könnte, machte sich also am 9ten Krankheitstage, am 2ten Tage nach Auftreten der Gelenkschmerzen, bemerkbar und dauerte unter Verschwinden der alten und Eruption von neuen 25 Tage bis zum gleichzeitigen Erlöschen der Gelenkaffection. — Ein anderer interessanter Fall wurde im vorigen Sommer in der Frerichs'schen Klinik vorgestellt; hier treten in der Umgebung der afficirten Gelenke Quaddeln auf, die sich von den eben beschriebenen dadurch unterschieden, dass sie Anfangs blass und später geröthet waren, und schliesslich Haemorrhagien in ihnen zu Stande kamen. Im Anfange bot die Erscheinung das Bild der Urticaria, zu der sich dann

Haemorrhagien, wie bei Purpura, zugesellten, so dass ich sie mit Kleinhaus als Purpura urticans bezeichnen möchte.

11. Der Vollständigkeit halber will ich kurz einige sporadisch beobachtete Complicationen, vielleicht nur zufällige Begleiterinnen des Gelenkrheuma anführen. Unter den schon oft erwähnten 140 Fällen sah Lebert 1 Mal Glottisoedem, das bei gleichzeitiger Pericarditis tödtlich endete, 1 Icterus, 7 Mal Intercostalneuralgien besonders der linken Seite, wo bei der genauesten Untersuchung nichts von Pericarditis oder Pleuritis zu entdecken war, 4 Mal in sehr schweren Fällen Decubitus vom 22.—36. Tage. Vogel (Virchow's Path. u. Ther. p. 478) giebt an, dass die Complication mit secundärer Pyaemie in Folge gar nicht so selten eintretender Vereiterung und Verjauchung der Synovialmembranen und Umgebung der Gelenke unterschätzt werde. Ophthalmie gelangt ebenfalls gelegentlich zur Beobachtung; ferner gehört bei uns das Auftreten von Peritonitis zu den grössten Seltenheiten, während Rigler in der Türkei und namentlich Constantinopel (Hirsch Handb. der hist. geogr. Path. I. p 592) dieselbe in auffallender Häufigkeit und Bösartigkeit constatirte.

12. Sowohl als Complication, wie als Nachkrankheit verdient der Veitstanz aufgezeichnet zu werden. Schon englische Aerzte haben auf den Zusammenhang zwischen Chorea und Gelenkrheuma aufmerksam gemacht, und später war es Sée, der mit grossem Scharfsinn, aber bedeutender Uebertreibung dasselbe betonte. Zwar konnte sich Lebert in seinen Erfahrungen nicht davon überzeugen, indessen liegen doch so viele Beobachtungen anderer nicht minder bedeutender Autoren vor, als dass man den Zusammenhang beider Krankheiten läugnen könnte. Der Herr Geheimrath Frerichs giebt sogar in einem klinischen Vortrage an, dass sich ⅓ sämmtlicher Fälle von Chorea auf Rheumarthritis zurückführen lasse, und fügt hinzu, dass diese Fälle mit con

secutiver Chorea stets mit Pericarditis oder Endocarditis und daher datirender Klappenfehler verbunden gewesen seien. — Ganz passend kann ich hier wohl einen von Kussmaul erzählten Fall anreihen, den ich in der Berliner Klin. Wochenschr. (Jahrg. 71. p. 485) finde. Genannter Autor bekam ein schwaches, chlorotisches, 13jähriges Mädchen in Behandlung und entdeckte neben allen Symptomen des Gelenkrheuma eine Endocarditis der valv. mitralis; als ungewöhnlich gesellte sich starkes Nasenbluten hinzu. Unter geeigneter Behandlung verschwanden die Gelenkentzündungen mit dem Fieber bis zum 20ten Tage, hingegen dauerten die Schweisse fort, ebenso die Erscheinungen einer Insufficientia valv. mitralis mit starken Herzpalpitationen, auch das Nasenbluten kehrte zeitweise wieder. Verordnet wurde Eis auf Regio cordis und gegen das Nasenbluten eine Eisblase auf den Kopf. Plötzlich in der Nacht vom 25. — 26. Tage entwickelte sich Trismus, und in den folgenden Tagen trat Tetanus hinzu. Auf diese vereinzelte Thatsache würde es gewagt sein, auf einen inneren Connex zwischen Rheumarthritis einerseits und Trismus und Tetanus andererseits zu schliessen, zumal Kussmaul hinzufügt, dass die Kranke durch unvorsichtiges Umgehen mit den Eisblasen wiederholt nass wurde und so eine Erkältung anzunehmen ebenso nahe liegt. Es genüge, auf diesen immerhin merkwürdigen Fall hingewiesen zu haben.

12. Eine bei uns seltene, aber in Constantinopel häufig (cf. d. obige Stelle aus Hirsch) vorkommende Complication ist die Meningitis cerebralis und spinalis. Lebert sah dieselbe nur 1 mal mit eitrigem Ergusse, es finden sich jedoch vereinzelte Fälle in der Literatur, z. B. erwähnt Niemeyer (Path. u. Ther. II. 542) einen, wo die im Verlaufe des Gelenkrheuma auftretenden schweren Hirnsymptome durch entzündliche Ernährungsstörungen in den Meningen bedingt waren; die Anfangs vorhandenen Delirien mit mässiger

Temperatursteigerung, das später auftretende Coma in Verbindung mit bedeutender Pulsverlangsamung und häufiges Erbrechen mussten die Diagnose sicher stellen, auch wenn sie durch die Autopsie nicht bestätigt wurde. Andere Fälle, die obducirt werden konnten, theilt Dr. Flamm in seiner Dissertation „Ueber meningitische Symptome bei Rheumatismus acutus“ mit.

14. Wir sprechen von schweren Hirnsymptomen, die im Verlaufe der Rheumarthritis auftreten können, und haben soeben gesehen, dass mitunter wirkliche Meningitis die Veranlassung zu denselben bildet. In einem gewissen Gegensatze dazu stehen diejenigen, nicht ganz so seltenen Fälle, in denen schwere Hirnerscheinungen sich darbieten, ohne dass auch nur die geringste pathologische Veränderung im Nervensystem und dessen Centralorganen gefunden wird. Diese sogenannten typhösen Formen sind von Lebert nach eigenen und Gubler's Beobachtungen einer ganz genauen Analyse unterworfen. Dieser, um mich Gubler's Nomenclatur zu bedienen, Rheumatismus cerebralis ist nicht etwa, wie vielfach behauptet wurde, Folge einer Behandlung mit übermässigen Dosen von Chinin oder Kal. nitr, also eine Chinin- oder Salpeterintoxication, sondern er tritt auch in derselben Weise bei der Behandlung mit Succus citri, vin. Colch. etc. auf, so dass er entschieden als von der Therapie ganz unabhängig zu betrachten ist. Was die Symptome anlangt, so ist Kopfschmerz nicht constant vorhanden, dagegen meistens stille, selten furibunde Delirien, die entweder bis zum Tode andauern oder vorher in einen comatösen Zustand übergehen; in der ersten Zeit wurden vollkommene Intermissionen der Delirien gesehen, Coma von vornherein sehr selten. Flimmern vor den Augen trat in mehreren Fällen ein; Bangigkeit, tiefe Apathie, zunehmende Schwäche und namentlich gegen das Ende sich öfter wiederholende Ohnmachten wurden beobachtet. Im Gegensatz zur Meningitis bestand bei

allen Kranken bis zum Tode eine exquisite Pulsbeschleunigung, ebenso ungeheure Frequenz der Athembewegungen. Die Dauer dieser acuten Zufälle schwankte zwischen 6 St. und $3^1/_2$ Tagen, in einem Falle trat der Tod schon nach 30 M. ein. Die Zeit des Auftretens dieser gefährlichen Gehirnerscheinungen ist, wie bei den meisten Complicationen, vorwiegend das Ende der ersten und der Anfang der 2. Woche; die Prognose derselben ist allerdings mehr als dubia zu nennen, jedoch sind Fälle bekannt, z. B. einer vom Herrn Geheimrath Frerichs beobachteter, in welchem Heilung der bedenklichen Symptome von Seiten des Nervensystems unzweifelhaft eintrat.

15. Im Anschluss au diese nicht auf nachweisbaren Veränderungen der Nervencentra beruhenden acuten Zufälle, wollen wir die zuweilen nach Gelenkrheumatismus zurückbleibende chronische Hirnstörung betrachten. Diese psychischen Störungen sieht Griesinger nicht als Nachkrankheiten oder schlimme Ereignisse der Reconvalescenzperiode an, sondern als protrahirte Formen der oben beschriebenen in ihrer acuten Entwickelung so perniciösen Hirnsymptome, und behauptet, dass jene acute Verwirrtheit und maniacalische Aufregung durch allerlei Mittelstufen hindurch zur chronischen Melancholie mit Stupor, geistigen Schwäche, kurz zu einer psychischen Störung führe. Das Auftreten derselben soll öfter mit auffälliger Besserung des Gelenkleidens verbunden sein. Ueber das Wesen dieser Affectionen lässt sich Griesinger folgendermassen aus: „Die durch Gelenkrheumatismus veranlasste, über Monate und länger sich erstreckende Form schwerer Hirnstörung äussert sich als fieberloses Irresein mit dem Character der Depression, oft als ausgesprochene Melancholie mit Stupor. Aufregungszustände können auf dieselbe folgen und mit ihr wechseln; hier und da ist diese Störung von convulsivischen, choreaartigen Zuckungen begleitet. Die Prognose ist im Ganzen günstig;

die Genesung scheint da am schnellsten und sichersten zu erfolgen, wo nach einiger Zeit im Verlaufe der Hirnstörung wieder die Gelenke rheumatisch befallen werden."

Ich lasse das Journal eines Falles von Rheumatismus mit consecutiver Melancholie folgen, den ich auf der Frerichs-schen Klinik gesehen habe.

F. G. ein 24jähriger Wärter, früher stets gesund, wurde im Laufe des October 1871 in der Charité an Typhus behandelt und Mitte November als geheilt entlassen. Am 21. Nov. erkrankte er von Neuem mit Frost und Hitze, Schmerzen in verschiedenen Gelenken und wurde am 2. Dec. wieder aufgenommen. Der Stat. praes. ergiebt nichts Wesentliches. Die ersten Tage verlaufen, abgesehen von Ergriffenwerden noch anderer Gelenke, ohne Störung, bis am 6. Schmerzen in der Herzgegend auftreten und mit Vergrösserung der Herzdämpfung deutlich pericarditisches Reiben hörbar wird. Die Lungen sind leicht catarrhalisch afficirt, spärliche schaumige Sputa, die in den nächsten Tagen eine gelbröthliche Farbe zeigen. Am 10. das Reiben schwächer. Gelenkschmerzen abgenommen. Klagen des Pat. über Brechneigung. Das Reiben und die Herzdämpfung nimmt in der Folge allmälig ab, bis am 19. wieder eine Steigerung eintritt. 22. Hinten an den Lungen beiderseits Dämpfung mit r. schwach vesiculärem, links bronchialem Athmen. Gleichzeitig wird eine Verwirrtheit des Sensoriums bemerkt. In der Nacht zum 23. ist Pat. sehr unruhig, am folgenden Tage wieder etwas verstört. Dieser Zustand verschlimmert sich in der nächsten Zeit bedeutend. Am 1. Januar 1872 befindet sich Pat. psychisch stark alterirt, ist sehr traurig gestimmt und ergeht sich in allerlei Hallucinationen, die am folgenden Tage noch an Lebhaftigkeit zunehmen, Pat. will aufstehen, umhergehen. Schlaf in der Nacht wenig oder garnicht; dies bessert sich etwas nach einigen Bädern. Pat. verbleibt in den nächsten Tagen in einer äusserst gedrückten, traurigen Stimmung,

lässt sich aus seinen trüben Träumereien kaum erwecken. Pat. bleibt bis zum 13. auf der inneren, wird dann unter den ausgesprochensten Symptomen einer Melancholie auf die Nervenstation verlegt. Die Gelenkaffectionen sind fast gänzlich verschwunden. In dem psychischen Verhalten des Kranken ist seitdem bis jetzt, 20. Januar 1872, keine wesentliche Veränderung eingetreten.

Wir haben gesehen, wie gross die Anzahl der möglichen Complicationen des Rheumatismus ist, es erübrigt nur noch, kurz anzuführen, wie viel Procent von der Gesammtzahl der Erkrankungen von denselben heimgesucht werden. Mancher wird sich vielleicht verwundern, dass trotzdem nur $^1/_3$ der Fälle mit Complicationen auftritt, indessen stimmen die Autoren darin ziemlich überein. Der Herr Geheimrath Frerichs spricht von $^1/_3$ der Fälle, womit Lebert's Statistik vollkommen im Einklange steht, ebenso eine, die ich der Deutschen Klinik (Jahrg. 1868 p. 472) entnehme, nach welcher sich unter 53 Erkrankungen 16 mit Complicationen fanden. Erklärlich wird dieser anscheinend im Verhältniss zu der grossen Zahl der Complicationen geringe Procentsatz durch die mannigfachen Combinationen, in denen die verschiedenen Affectionen neben einander und nach einander sich dem Rheumatismus zugesellen. Ich weise nur auf einen Fall hin (Lebert. Handb. d. pract. Medic. 852), in welchem bei einem Kranken nach einander kurzer Zeit Peri-, Endocarditis, rechtseitige Pleuritis, suffocatorische Bronchitis und linkseitige Pleuritis beobachtet wurden.

THESEN.

1. Bei hochgradigem Diabetes mellitus ist Verabreichung grosser Dosen von Opiaten zu empfehlen.
2. Systolisches Blasen an der Herzspitze allein spricht im Verlaufe des Rheumatismus artic. acut. nicht für eine Betheiligung des Endocardium.
3. Bei Behandlung der festen Strumen ist die Extirpation der parenchimatösen Jodinjection vorzuziehen.

Der Verfasser, am 11. März 1850 zu Bobbin auf der Insel Rügen geboren, evangel. Confession, erhielt seine Gymnasialbildung auf dem Königl. Pädagogium zu Putbus auf Rügen, welches er Michaelis 1867 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Er wurde als Eleve in die Königl. medicinisch-chirurgische Akademie für das Militair zu Berlin aufgenommen und bestand im Jahre 1869 das Temtamen physicum. Während des Feldzuges 1870/71 war er mit der Wahrnehmung einer vacanten Assistenzarztstelle beim 6. Armeecorps betraut. Im Laufe seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen folgender Herren Professoren: Bardeleben, du Bois-Reymond, Braun, Dove, Ebert, Frerichs, Gurlt, Hermann, Hirsch, Hoffmann, Jüngken, v. Langenbeck, v. Lauer, Lewin, Liman, Löffler, Mitscherlich. Peters, Reichert, Rose, Schöller, Schultz-Schultzenstein, Skrzeczka, Sonnenschein. Schweiger, Traube, Virchow, Waldau, Werder.